

病名	11 慢性肺疾患					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規		
受給者番号			受診日	年 月 日					
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)			
生年月日	年 月 日		意見書記載時の年齢	歳 か月 日		性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定		
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日		出生時に住民登録をした所	() 都道府県 () 市区町村		
現在の 身長・体重	身長 (測定日)	cm (SD)		体重 (測定日)	kg (SD)		BMI		
		年 月 日			年 月 日		肥満度	%	
発病時期	年 月 頃		初診日	年 月 日					
就学・就労状況	就学前 ・ 小中学校(通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級) ・ 特別支援学校(小中学部 ・ 専攻科を含む高等部) ・ 高等学校(専攻科を含む) ・ 高等専門学校 ・ 専門学校/専修学校など ・ 大学(短期大学を含む) ・ 就労(就学中の就労も含む) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ()								
手帳取得状況	身体障害者手帳	なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)				療育手帳	なし ・ あり		
	精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)		なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)						
現状評価	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能				運動制限の必要性		なし ・ あり		
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当		する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当		する ・ しない ・ 不明		
臨床所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載									
発症時期	呼吸障害の発症時期: 日齢 () 日								
症状	呼吸器・循環器	呼吸管理状況 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載: 吸入酸素: [なし ・ あり] 酸素濃度 (最大): ()% 気管挿管による人工換気: [なし ・ あり] 呼吸管理状況 (日齢28): 吸入酸素: [なし ・ あり] 酸素濃度 (最大): ()% 気管挿管による人工換気: [なし ・ あり] 呼吸管理状況 (修正36週): 吸入酸素: [なし ・ あり] 酸素濃度 (最大): ()% 気管挿管による人工換気: [なし ・ あり] 肺高血圧症: [なし ・ あり]							
	その他	ばち指: [なし ・ あり] 症状 (その他): ()							
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載									
症状	全身	体重増加不良: [なし ・ あり]							
	呼吸器・循環器	低酸素血症: [なし ・ あり]							
		呼吸障害: [なし ・ あり] 詳細: ()							
	精神・神経	精神運動発達遅滞: [なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明] 移動障害: [なし ・ 走行 ・ 独立歩行 ・ 介助歩行 ・ 独立位 ・ 伝歩 ・ 坐位 (移動可) ・ 坐位 (移動不可) ・ 寝返り ・ 寝たきり]							
その他	ばち指: [なし ・ あり] 症状 (その他): ()								
検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載									
血液ガス分析	血液ガス分析: [未実施 ・ 実施] 実施日: () 年 月 日) 採血部位: [動脈血 ・ 静脈血] 酸素吸入: [なし ・ あり] 酸素吸入条件: () pH: () ・ 未実施 PCO ₂ : () torr ・ 未実施 PO ₂ : () torr ・ 未実施								
血液検査	血清IgM (臍帯血): () mg/dL 実施日: () 年 月 日) 血清IgM (本人血): () mg/dL 実施日: () 年 月 日) IL-6: () pg/mL ・ 未実施 実施日: () 年 月 日) KL-6: () U/mL ・ 未実施 実施日: () 年 月 日)								
画像検査	単純X線検査 (胸部): [未実施 ・ 実施] 実施日: () 年 月 日) 所見: ()								
	CT検査 (胸部): [未実施 ・ 実施] 実施日: () 年 月 日) 所見: ()								
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ()								
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載									
血液ガス分析	血液ガス分析: [未実施 ・ 実施] 実施日: () 年 月 日) 採血部位: [動脈血 ・ 静脈血] 酸素吸入: [なし ・ あり] 酸素吸入条件: () pH: () ・ 未実施 PCO ₂ : () torr ・ 未実施 PO ₂ : () torr ・ 未実施								

告示番号 14 慢性呼吸器疾患 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) 2/2

血液検査	血清IgM (臍帯血): ()mg/dL 実施日: (年 月 日) 血清IgM (本人血): ()mg/dL 実施日: (年 月 日) IL-6: ()pg/mL ・ 未実施 実施日: (年 月 日) KL-6: ()U/mL ・ 未実施 実施日: (年 月 日)
画像検査	単純X線検査 (胸部): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
	CT検査 (胸部): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
発達・知能指数検査	発達・知能指数検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 実施時年齢: (年 月) 検査名: [田中・ビネー式 ・ WPPSI ・ WISC ・ WAIS-R ・ 新版K式 ・ K-ABC ・ 遠城寺式 ・ KIDS ・ その他] 検査名 (その他): () DQまたはIQ値: ()
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ()
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載	
合併症	心・大血管の異常: [なし ・ あり] 合併症 (その他): ()
出生歴	出生時の呼吸障害: [なし ・ あり] 絨毛膜羊膜炎: [なし ・ あり] びまん性絨毛膜羊膜ヘモジデロシス: [なし ・ あり]
経過 (申請時) ※直近の状況を記載	
薬物療法	ステロイド剤: 全身投与 (経口または静注): [なし ・ あり] 吸入: [なし ・ あり]
	利尿薬: [なし ・ あり]
呼吸管理	酸素療法: [なし ・ あり] 非侵襲的陽圧換気療法: [なし ・ あり] 人工呼吸管理: [なし ・ あり] 気管挿管: [なし ・ あり]
治療	治療 (その他): ()
今後の治療方針	今後の治療方針: ()
	治療見込み期間 (入院) 開始日: (年 月 日) 終了日: (年 月 日) 治療見込み期間 (外来) 開始日: (年 月 日) 終了日: (年 月 日) 通院頻度 ()回/月
医療機関・医師署名	
上記の通り診断します。	
医療機関名	記載年月日 年 月 日
医療機関住所	診療科
	医師名 (印)
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ()